**Modello A**

Al Direttore del Master in Monitoraggio, assicurazione e controllo della qualità nei Clinical Trials a.a. 2024/2025

Prof. Pasqualetti Patrizio

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Sapienza Università di Roma

P.le Aldo Moro, 5

00185 Roma

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto/a |  |
| Nato/a a |  | il |
| Residente a |  | Prov. | CAP |
| Via |  | n. |

Chiede

Di partecipare alla valutazione comparativa per il conferimento di incarichi di docenza per i seguenti moduli:

**Modulo**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere in possesso della cittadinanza

di possedere la laurea in .

di godere dei diritti civili e politici;

di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;

l’insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l’Università di Roma “Sapienza”;

di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di lavoro autonomo nell’interesse dell’Università di Roma “Sapienza”;

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive ovvero, con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma, così come disposto dall’art. 18 comma 1 lettera b) ultimo periodo della Legge 240/2010.

di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento dei dipendenti del Università di Roma “Sapienza”, approvato con D.R. 1528/2015;

di non svolgere incarichi, di non di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali: …………………………………………………………………………………………..

Il sottoscritto si impegna:

se pubblico dipendente a presentare il nulla osta dell’ente di appartenenza ai sensi dell’art.53, commi 7 e ss. Del D.Lgs. 165/2001;

a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito;

a fornire all’amministrazione un curriculum vitae sintetico in formato PDF/A (non

PDF formato immagine), privo di dati sensibili, destinato alla pubblicazione sul

sito internet del Dipartimento e sottoscrivere una dichiarazione nella quale lo stesso attesti

che nel documento fornito non sono presenti dati non conformi alla disciplina sulla tutela

della privacy di cui al D.lgs. 196/2003.

I dati personali forniti vengano trattati dall’Università per gli adempimenti connessi alla presente procedura ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 – RPGD.

Roma Firma

Si allega alla presente domanda:

- **Curriculum vitae**

**- Fotocopia di un documento d’identità valido, debitamente sottoscritto e leggibile:**

**- Allegato 1 debitamente compilato e firmato;**

Modello per personale esterno **ALLEGATO 1**

Al Dipartimento di Sanità

Pubblica e Malattie Infettive

Sapienza Università di Roma

 Sede

Oggetto: **Dichiarazione ai fini dell’applicazione dell’arti 21-ter del decreto-legge n. 201/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214/2011 e sue successive modificazioni ed integrazioni.**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i seguenti importi lordi per retribuzione/emolumenti/compensi corrisposti in relazione ad incarichi ulteriori e/o consulenze conferite dall’amministrazione di appartenenza e da altre pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, nonché dalle Autorità Indipendenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soggetto Conferente1 | Natura dell’incarico/rapporto2 | Data di conferimento | Importo lordo (anche presunto) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Che percepisce i seguenti trattamenti pensionistici pubblici obbligatori:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ente erogante | tipologia | Importo lordo3 (anche presunto) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i seguenti importi lordi per

Retribuzioni/emolumenti/compensi corrisposti in relazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichino variazioni della propria situazione sopra indicata, ivi esclusa l’attribuzione di trattamenti pensionistici pubblici obbligatori, il/la sottoscritto/a si impegna a darne immediata comunicazione all’amministrazione che ha conferito l’incarico.

*Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in maniera di protezione dei dati personale”, che i dati personali raccolti saranno trattati, (ad esclusione dei dati pensionistici) anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente comunicazione è resa e che i dati di cui alla lettera A) saranno pubblicati sul sito del soggetto conferente, secondo le modalità previste dalla citata normativa in materia di protezione dei dati personali.*

*Roma \_ ………………… Firma del dichiarante*

*1 Indicare il soggetto conferente con il quale è in corso il rapporto (amministrazione/organismo) a carico del quale sono erogate al dichiarante le retribuzioni/emolumenti/compensi;*

*2 Indicare se si tratta di incarico o impiego di diritto privato o di natura pubblicistica;*

*3 al netto del contributo di solidarietà di cui all’art. 1 comma 486 L.147/2013.*

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi dell’art. 53, comma 14, D. lgs. n. 165/2001)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

in relazione all’incarico di : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

DICHIARA

(Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

l’insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l’Università di Roma “Sapienza”;

di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di lavoro autonomo nell’interesse dell’Università di Roma “Sapienza”;

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive ovvero, con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma, così come disposto dall’art. 18 comma 1 lettera b) ultimo periodo della Legge 240/2010.

di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento dei dipendenti del Università di Roma “Sapienza”, approvato con D.R. 1528/2015;

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Firma